Die Änderung des Krankenversicherungsgesetzes
Einheitliche Finanzierung von Leistungen / EFAS

Fassung 24. Oktober 2024

Am 23. Dezember 2023 verabschiedete das Parlament EFAS (Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär), eine Reform zur Änderung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Es handelt sich dabei um eine grundlegende Reform der Finanzierung des Gesundheitssystems, die von der Lobby der Versicherer durchgesetzt wurde. Ziel ist es, die finanzielle Verantwortung von den Kantonen auf die Krankenkassen zu übertragen. Damit erhalten die Versicherer noch mehr Macht, um unser Gesundheitssystem zu lenken. Der VPOD hat gegen diese Revision das Referendum ergriffen, das im April 2024 zustande kam.

Am 24. November 2024 ruft der VPOD die Bevölkerung auf, NEIN zu zur Revision des KVG; EFAS zu stimmen, da diese Reform zu Einsparungen beim Gesundheitspersonal führt, die Gesundheitsausgaben in gewinnorientierte Bereiche lenkt und die Versicherungsprämien verteuert.

1. Wer hat die Reform initiiert?

Die parlamentarische Initiative 09.528 von Frau Ruth Humbel „Monistische Finanzierung von Pflegeleistungen“, wurde 2009 eingereicht. Frau Humbel, eine ehemalige Abgeordnete der Partei Die Mitte sitzt in den Verwaltungsräten von Krankenkassen und Privatkliniken.

Das aus den parlamentarischen Beratungen hervorgegangene Gesetz ist noch schlechter als der ursprüngliche Entwurf. Die Vertreter der Kantone intervenierten während der parlamentarischen Debatte und stimmten einem Machtverlust über das Gesundheitssystem unter der Bedingung zu, dass die Krankenkassen die Ausgaben für die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause stärker als bisher finanzieren.

Diese Absprache zwischen den Kantonen und der Krankenkassenlobby ging auf Kosten der Versicherten, der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Gesundheitspersonals.

Diese Revision findet in einem komplexen Bereich statt. Der Bundesrat hat beschlossen, es noch komplexer zu machen, indem er diese Revision des KVG nicht als EFAS - das Akronym des deutschen Titels des Gesetzes - sondern als Einheitliche Leistungsfinanzierung bezeichnet, auch wenn die Krankenkassen immer noch den Begriff EFAS verwenden.

Befürworter wie Gegner der Reform sind sich in einem Punkt einig: EFAS wird das Gesundheitssystem grundlegend umgestalten. Diese Revision ist der Schritt, der die allgemeine Verbreitung von eingeschränkten Versorgungsnetzwerken in der Schweiz ankündigt. Ein aus den USA importiertes System, bei dem die Versicherer die Deckung der Versicherungsnehmer vollständig verwalten anstelle von unabhängigen Ärztinnen und Ärzten.

2. Warum wird am 24. November 2024 abgestimmt?

Wenn ein Gesetz vom Parlament geändert wird, besteht die Möglichkeit, ein Referendum zu ergreifen, damit das Volk über das revidierte Gesetz abstimmen kann. Da der diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung eine Priorität des service public bleiben muss, hat der VPOD ein Referendum gegen die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (EFAS) ergriffen. Obwohl diese Reform als sehr kompliziert und zu technisch dargestellt wurde, reisten die Aktivistinnen und Aktivisten sowie die Sekretärinnen und Sekretäre des VPOD durch Stadt und Land, um das Referendum zustande zu bringen. 57'241 Unterschriften konnten gesammelt werden (50'000 sind notwendig).

Dieses Referendum gibt der Stimmbevölkerung die Möglichkeit, eine breit angelegte öffentliche Debatte über die Zukunft der Gesundheitsversorgung zu eröffnen. Es ermöglicht, den Abbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu stoppen.

3. Wie werden durch die Revision die Karten in der Finanzierung neu gemischt?

Das KVG in seiner aktuellen Form ist unbefriedigend. Im Gegensatz zu allen anderen Sozialversicherungen werden die individuellen Prämien pro Kopf berechnet, ohne jeglichen Zusammenhang mit dem Einkommen. Der Direktor einer Krankenkasse (wie Herr Direktor der Groupe Mutuel, der im Jahr 2022: 780'000.- pro Jahr erhalten hat) zahlt bei gleicher Franchise die gleiche Grundprämie von CHF 471.- pro Monat wie die Angestellte in der Cafeteria eines Spitals (die Vollzeit CHF 58'500.- pro Jahr verdient). Der eine gibt 0,72 % seines Einkommens für die Finanzierung des Gesundheitssystems aus, während die andere 9,7 % ihres Einkommens dafür aufwendet.
Weitere Lücken sind, dass Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind und das Recht auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall fehlt, ein Kapitel, das zwar in das Gesetz aufgenommen wurde, aber freiwillig blieb. Im Klartext heisst das, dass das KVG seine Aufgabe als Sozialversicherung nicht vollständig erfüllt. Doch die laufende Revision behebt diese Mängel nicht, sondern verschärft sie und institutionalisiert die Rationierung der Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen.

Heute werden die Gesundheitsausgaben (für Krankheit) finanziert durch:

Unsere Prämien, die von den Krankenkassen einkassiert werden. Sie machen **im Jahr 2024** etwa 38 Milliarden aus. Sie finanzieren das gesamte System, aber je nach Leistungsart in unterschiedlichem Anteil. Die Ausgaben für die Behandlung in Allgemein- und Facharztpraxen, für ambulante Spitalbehandlungen, Laboranalysen usw. werden von den Krankenkassen ohne Beteiligung der Kantone übernommen.

Unsere Steuern, die von den Kantonen erhoben werden, finanzieren auch die Aufenthalte in Krankenhäusern, die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause. Diese Finanzierung beläuft sich auf rund 13 Milliarden. Es ist oft nicht bekannt, dass unser System auch durch Steuern finanziert wird. Laut einer Studie der KOF ETH Zürich ist die Schweiz das Schlusslicht, wenn man „den Anteil des Staates an den gesamten Gesundheitsausgaben" berücksichtigt, denn er beträgt nur etwas mehr als 30 %. Dies entspricht etwa der Hälfte des OECD-Durchschnitts und dem politischen Willen".[1] Mit anderen Worten, der Staat (die Kantone) gibt im Vergleich zu anderen OECD-Ländern wenig aus.

Direkte Beteiligung der Versicherten. Jede/r Versicherte in der Schweiz zahlt auch einen direkten Beitrag aus der eigenen Tasche an die Gesundheitskosten. Diese direkte Beteiligung betrifft die Kosten für die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause, die Franchise, den Selbstbehalt (die 10 %, die die Versicherer den Patienten in Rechnung stellen) und schliesslich alle Pflegeleistungen, die nicht von der Krankenversicherung übernommen werden. Die Schweiz ist eines der Länder mit der höchsten direkten Kostenbeteiligung (im Englischen wird sie „out of the pocket" genannt) in den OECD-Ländern!
Auf nationaler Ebene wurde diese direkte Beteiligung der Versicherten im Jahr 2022 auf rund 20 Milliarden geschätzt.

Diese Ausgaben werden nicht gleichmässig „verteilt", sondern je nach Leistungsart unterschiedlich finanziert. Die EFAS-Revision will die Finanzierung vereinheitlichen.

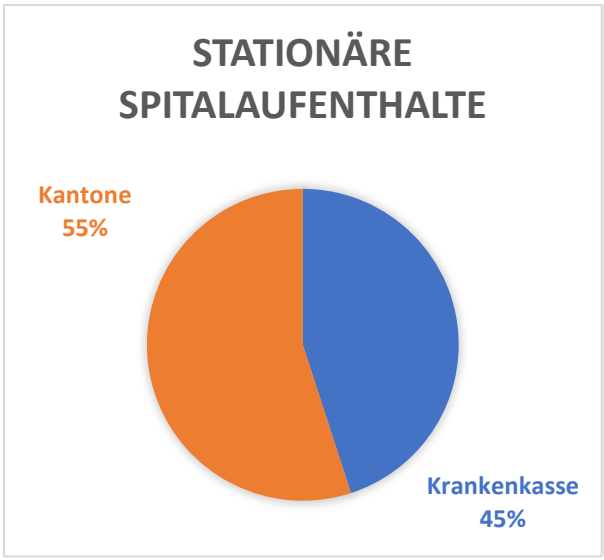
Der nationale Verteilungsschlüssel für die Ausgaben nach EFAS:

- Die Krankenkassen finanzieren 73,1 % der gesamten KVG-Gesundheitsausgaben
- Die Kantone finanzieren 26,9% der gesamten KVG-Gesundheitsausgaben

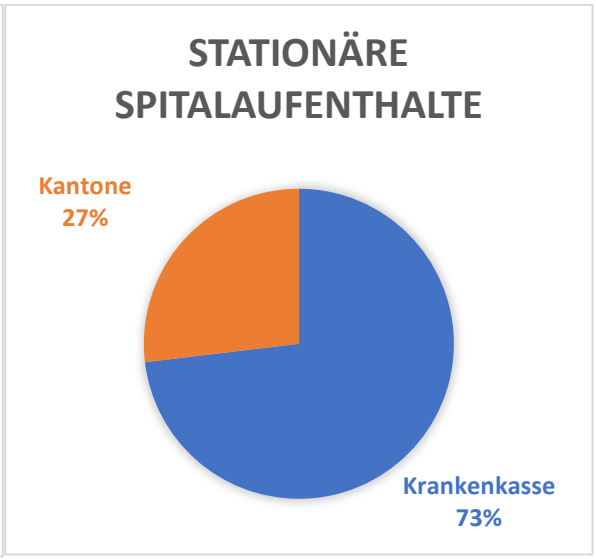
[1] https://kof.ethz.ch/news-und-veranstaltungen/kof-bulletin/kof-bulletin/2022/04/vor-allem-aermere-haushalte-von-steigenden-gesundheitskosten-betroffen.html, KOF Bulletin, Nr. 161, April 2022 «Vor allem ärmere Haushalte von steigenden Gesundheitskosten betroffen»

Dieser feste nationale Schlüssel erzeugt bei allen Leistungsarten Kostenverschiebungen:

Aktuell

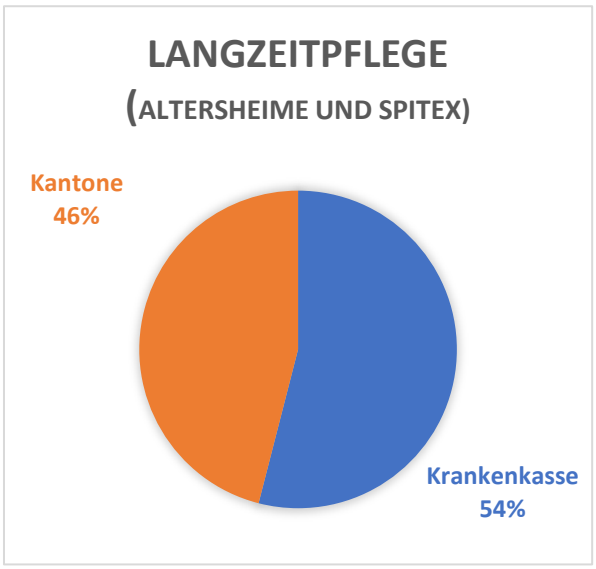


Neu mit EFAS

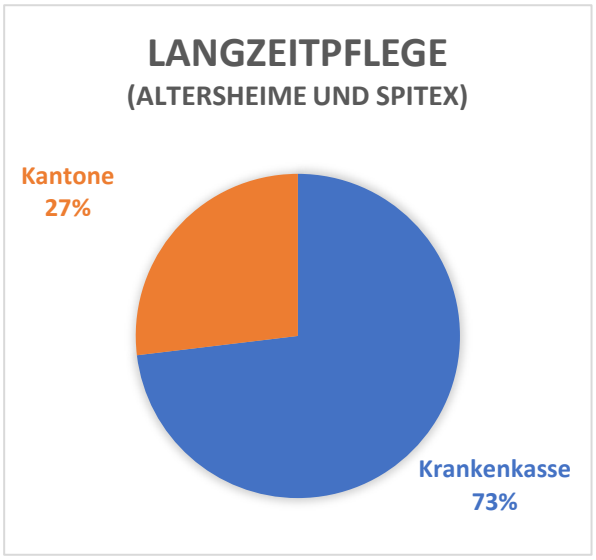


Bei stationären Spitalaufenthalten zahlen die Kantone mindestens 55 Prozent der Pflegekosten, während 45 Prozent von den Krankenkassen getragen werden (Art. 49a Abs. 1 KVG).

Heute

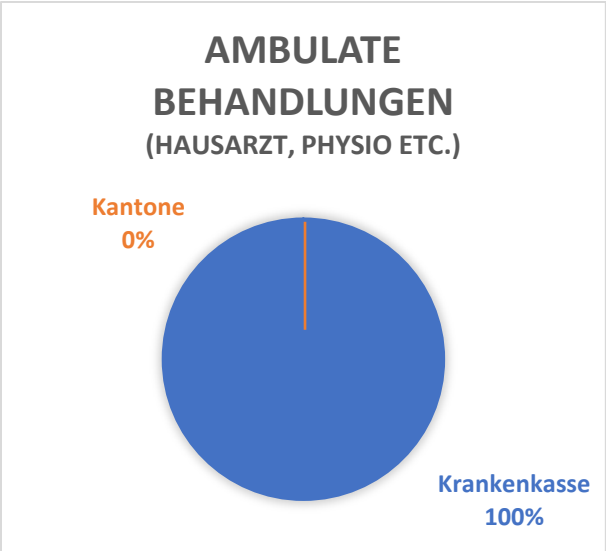


Neu mit EFAS

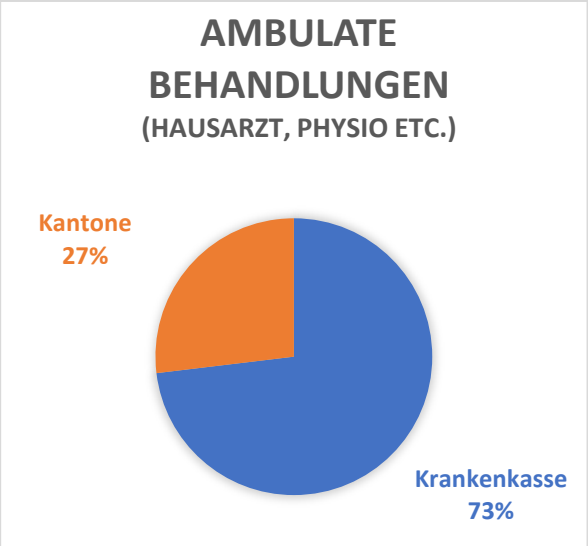


Die Ausgaben die Langzeitpflege (Altersheime und Spitex) werden im aktuellen System „variabel“ geregelt: Die Kantone müssen die „Restkosten“ übernehmen, d. h. die Pflegekosten, die weder von den Versicherern noch von den Bewohnerinnen und Bewohnern getragen werden. Die Rechnung variiert von Kanton zu Kanton recht stark, macht aber im nationalen Durchschnitt 54 % aus.

Heute



Neu mit EFAS



Die ambulanten Behandlungen, die im aktuellen System von den Versicherern getragen werden, würde mit der EFAS-Revision durch Steuern mitfinanziert werden. Die Verpflichtung, die Kantone an den Ausgaben im ambulanten Sektor zu beteiligen, ist das Argument der EFAS-Befürworter/innen, mit dem sie - vorsichtig formuliert - behaupten, dass die Prämien dank dieser finanziellen Beteiligung durch Steuern sinken werden. Aus mathematischer Sicht wird die Finanzierung, wenn die ambulanten Leistungen stark zunehmen, mit EFAS nicht mehr nur auf den Prämienzahlerinnen und Prämienzahlern lasten. Das ist richtig. Man hätte sich vorstellen können, dass die Finanzierung des ambulanten Sektors durch unsere Steuern zumindest ein Kontrollrecht der Kantone über die Ausrichtung desselben Sektors verdient. Dem ist nicht so, das Parlament hat sich bei der Verabschiedung dieser Revision geweigert, den Kantonen eine Möglichkeit zur Kontrolle der Ausgaben im ambulanten Bereich zu geben.

In allen drei Bereichen der Gesundheitsversorgung werden die Krankenkassen mit unseren Prämien den grössten Teil der Ausgaben finanzieren müssen. Diese KVG-Revision verstärkt den Einfluss der Versicherer auf unser Gesundheitssystem, da sie in allen Bereichen zu den Hauptfinanzierern werden. Die Kehrseite der Medaille ist, dass die Kantone nicht mehr verpflichtet wären, die Restkostenfinanzierung in der Langzeitpflege zu garantieren. Auf diese Weise können sie sich von der finanziellen Verantwortung in diesem speziellen Bereich entlasten. Und gerade hier wird der Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung steigen.

Die Versicherten ihrerseits werden weiterhin zusätzlich zu den Prämien noch höhere Beträge aus der eigenen Tasche bezahlen müssen als heute, denn die KVG-Revision wird höhere Kostenbeteiligungen für die Pflege in Pflegeheimen, bei Spitalaufenthalten und bei der Pflege zu Hause ermöglichen! Gleichzeitig hat der Bundesrat Anfang September 2024 bereits grünes Licht für eine Erhöhung der Mindestfranchise gegeben, die private Kostenbeteiligung wird also zukünftig eher steigen.

Aufgrund der Revision wird sogar der Selbstkostenbeitrag (die 10 %, die den Patienten in Rechnung gestellt werden) für Krankenhausaufenthalte durch einen recht subtilen Mechanismus erhöht.

Hier die Erklärung der Rechnung, anhand des Beispiels einer Blinddarmentzündung:

Gesamtrechnung für eine Blinddarmentzündungs-Operation: CHF 6751.-

Heute wird der Anteil der Selbstkosten von 10%, auf dem Anteil der Krankenkassen erhoben (also 6751.- abzüglich des kantonalen Anteils von 55%), also auf CHF 3038.-
Der Selbstbehalt beträgt also heute: CHF 303.-

Mit EFAS wird der Anteil der Selbstkosten von 10% auf der Gesamtrechnung ohne Abzug des Kantonsanteils berechnet, also auf CHF 6751.-
Der Selbstbehalt beträgt also neu mit EFAS: CHF 675.-
Hinzu kommt der mögliche Selbstbehalt aufgrund der Franchise, wenn diese noch nicht ausgeschöpft wurde.

Somit würden die Kantone neu erst nach Abzug von Einzelbeteiligungen, Franchisen und Franchisen (Art. 60 Abs. 3 KVG revidiert) 26,9% der Rechnung mit EFAS bezahlen, statt wie bisher 55% des Gesamtbetrags.

4. Warum löst diese Revision nicht die Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgung?

Für die Befürworter der Revision wird die derzeitige Finanzierung des Systems beschuldigt, „Fehlanreize“ zu schaffen, welche vor allem die öffentlichen Spitäler dazu ermutigen würden, die Patienten nach der Methode zu behandeln, die am meisten Geld einbringt. Darum behaupten die Befürworter der EFAS-Revision, dass diese zu mehr ambulanten und weniger stationären Behandlungen führen wird. Im Klartext heisst das, dass weniger Spitalaufenthalte und mehr Operationen ohne Spitalaufenthalt durchgeführt werden müssten, um Kosten zu sparen. Die Befürworter von EFAS gehen dabei von einer sehr fragwürdigen Idee aus: Die Anbieter von Gesundheitsleistungen (in erster Linie Spitäler) würden sich aus finanziellen Überlegungen für ambulant oder stationär entscheiden. Mit der Änderung der Finanzierungsquelle werden aber nicht die Tarife geändert, welche für ambulante und stationäre Behandlungen unterschiedlich sind und bleiben werden.

Die Schweizer Spitäler haben ihre Reform jedoch bereits hinter sich: Die vorherige Änderung des KVG in Bezug auf die Spitalfinanzierung trat 2012 in Kraft. Es war diese Reform, die die öffentlichen Krankenhäuser zu endlosen Sparprogrammen, zur Schliessung von Standorten und Abteilungen, die als „zu teuer“ oder nicht rentabel genug eingestuft wurden, veranlasst hat. Es war auch diese Reform, die den roten Teppich für Privatkliniken ausgerollt hat. Diese können Patient:innen aussortieren, um Gewinne zu erzielen, während die öffentlichen Spitäler seit 2012 eines nach dem anderen in die roten Zahlen rutschen. EFAS ändert nichts an den Tarifen, mit denen Krankenhäuser finanziert

werden: Das Problem der fehlenden Finanzierung der öffentlichen Krankenhäuser bleibt bestehen.

Die Argumentation der notwendigen „ambulanten Wende“ verschleiert einen entscheidenden Aspekt von EFAS: Die Pflege von älteren Menschen soll künftig stärker von den Krankenkassen über die Prämien finanziert werden. Die Befürworter von EFAS tun so, als gäbe es diese Frage nicht und als ginge es bei dieser Revision nur um die Finanzierung der Behandlungen in den Spitälern und im ambulanten Bereich in den Praxen.

Die EFAS-Befürworter:innen erwähnen auch nie die Tatsache, dass diese Revision vorsieht, in den Pflegeheimen und der häuslichen Pflege dieselbe Tariflogik durchzusetzen, die in den Spitälern herrscht. Zu niedrige Tarife, die von den Versicherern festgelegt werden, verursachen immer wieder Defizite und zwingen das Gesundheitspersonal, unter unsäglichem Stress zu arbeiten, während die Prämien immer weiter steigen.

EFAS bietet keine Antwort auf die Hauptprobleme des Gesundheitssystems: Kopfprämien ohne Rücksicht auf die Einkommenshöhe der Versicherten, viel Platz für zwei grosse Gruppen von börsennotierten Privatkliniken auf Kosten der öffentlichen Spitäler, kollossale Gewinne der Pharmaunternehmen, Undurchsichtigkeit der Krankenversicherer im Zusammenhang mit dem ständigen Interessenkonflikt von Versicherern, die die Prämien der Grundversicherung verwalten und gleichzeitig versuchen, Zusatzversicherungen zu verkaufen.

EFAS vertieft stattdessen die problematischsten Züge des gegenwärtigen Systems und ist eine zynische Antwort auf den Willen der Stimmbevölkerung, welche die Pflegeinitiative angenommen hat, um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern.

Und nicht zuletzt wird mit dieser Revision das Hauptproblem nicht angegangen: die zu hohe finanzielle Belastung von Familien mit niedrigem Einkommen durch das System der Kopfprämien und der direkten Beteiligung an den Gesundheitskosten.

5. Was ändert sich bei der Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause?

Die Frage der Finanzierung der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause wird von den EFAS-Befürwortern verschwiegen. Sie ist jedoch von entscheidender Bedeutung, da die Kantone mit EFAS ihre finanzielle Verantwortung in diesem Bereich massiv abtreten würden, was zu Lasten der Versicherten, ihrer Prämien und ihrer direkten Beteiligung gehen würde.

EFAS bedeutet die Abschaffung des Mechanismus, der den finanziellen Beitrag der Versicherten an die Kosten der Pflege in Pflegeheimen und zu Hause begrenzt. Das aktuelle KVG sieht eine Obergrenze für diese Beteiligung vor. Diese Deckelung überträgt den Kantonen eine finanzielle Verantwortung. Diese müssen die sogenannten „Restkosten“ decken.

Mit der Revision des KVG - EFAS wird

- die Beteiligung an den Pflegekosten von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie von Patientinnen und Patienten zu Hause nicht mehr begrenzt. Damit ist der Weg frei, dass die Rechnungen in Pflegeheimen und für die Pflege zu Hause steigen.

Alle sind sich einig, dass diese Kosten aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren stark ansteigen werden. Die entscheidende Frage lautet: Wer wird dafür bezahlen? Arbeitgeberverbände, in denen Pflegeheime und Spitex-Organisationen zusammengeschlossen sind, begrüssen die Reform, da sie die von den Patienten und Bewohnern zu tragenden Kosten erhöhen können, da die derzeitige Höchstgrenze aus dem Gesetz gestrichen wird.
Heute ist der Betrag, den ältere Menschen und Heimbewohner:innen aus eigener Tasche bezahlen müssen, wenn sie Pflegeleistungen erhalten, gedeckelt. Zur Erinnerung: Im KVG-System müssen Bewohner:innen von Alters- und Pflegeheimen sowie Patientinnen und Patienten zu Hause neben ihrer Krankenkassenprämie, ihrer Franchise und dem Selbstbehalt auf den medizinisch-pharmazeutischen Rechnungen auch einen Beitrag an die Pflege durch das Pflegepersonal bezahlen. Dieser Beitrag an die Pflegekosten beträgt maximal etwa 15 Franken pro Tag für die Pflege zu Hause, maximal 23 Franken pro Tag für den Aufenthalt in einem Pflegeheim. Dies ist die Obergrenze, die das KVG in Artikel 25a Absatz 5 festlegt und eine Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an den Pflegekosten vorschreibt, diese jedoch auf maximal 20 % des Höchsttarifs zulasten der Versicherung begrenzt. Mit der EFAS-Reform werden diese von den Kantonen beschlossenen Höchstgrenzen (vgl. Tabelle A) abgeschafft und durch eine Kostenbeteiligung ersetzt, die vom Bundesrat beschlossen wird.

Was das Pflegeheim die Bewohnerinnen und Bewohner des Kantons Waadt kostet:

Um die Finanzierung zu verstehen, hier ein Zahlenbeispiel aus dem Memento Nr. 2, vom Juni 2021, im Kanton Waadt.

Ein Tag im Alters- und Pflegeheim kostet durchschnittlich CHF 330 (Zahl 2018). Diese Kosten werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern wie folgt finanziert:

- Die Pensionskosten (nicht von der Revision betroffen, aber sehr teuer!): Kosten für Mobiliar und Immobilienunterhalt: Geht zu Lasten der Bewohner:innen
- Die Betreuungskosten (Mahlzeiten, Zimmerreinigung, Animation usw.): zu Lasten der Bewohner:innen.
- Beteiligung an den Pflegekosten (gemäss einer Skala von 12 Tagespauschalen, die je nach Schweregrad der erforderlichen Pflege, der Pflegestufe, festgelegt werden): Zu Lasten der Bewohner:innen, aber nach oben begrenzt:
  Der Anteil an den Pflegekosten beträgt max. CHF 10.80 / Tag(10 % der Tagespauschale im Kanton Waadt).

Insgesamt zahlt der/die Bewohner:in für seine/ihre Unterbringung im Jahr 2018 im Kanton Waadt durchschnittlich CHF 192 pro Tag. Hinzu kommen die Zahlung der Krankenkassenprämien, der Franchise, des Selbstbehalts von 10 %.

Es ist zu beachten, dass die Kostenübernahme je nach Wohnkanton unterschiedlich ist. Einige Kantone, insbesondere in der Westschweiz, stellen den Patienten zu Hause und den Bewohnern von Pflegeheimen weniger in Rechnung (vgl. Tabelle A).

Im Bereich der Langzeitpflege kündigt die KVG-Revision - EFAS eine neue Tarifstruktur an, die eingeführt werden muss (der Inhalt der Struktur wird nicht offengelegt, aber es ist wahrscheinlich, dass sie auf Pauschalen beruht, wie es derzeit bei den Spitalaufenthalten der Fall ist). Die Kostenbeteiligungen werden starr festgelegt, anstelle der Restrechnung, die variieren und sich an die Bedürfnisse der Bevölkerung anpassen kann, schreibt EFAS eine starre Aufteilung vor:

- die Kantone tragen 26,9 % der Kosten
- die Versicherer tragen 73,1 % der Kosten

Diese Beteiligungen der Kantone und Versicherer werden nach Abzug der Beteiligung der Versicherten berechnet!

Zusammenfassung der Ausgabenverteilung in Pflegeheimen mit EFAS :

- Die Beteiligung an den Pflegekosten in Pflegeheimen ist nicht mehr auf 20 % der Kosten für die Bewohnerinnen und Bewohner begrenzt. Der Bundesrat entscheidet über die Höhe der Beteiligung.
- Der Kanton gleicht die von den Versicherern und den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht gedeckten Pflegekosten nicht mehr nach dem Prinzip der Restkosten aus, sondern begrenzt seine Beteiligung auf 26,9 %.

Die Tabelle B der aktuellen Ausgabenverteilung zeigt, dass sich die Kantone im nationalen Durchschnitt stärker an den Ausgaben für die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause beteiligen, als dies mit der Revision EFAS der Fall wäre. Aus diesem Grund argumentiert der VPOD, dass die Mehrheit der Kantone der Revision zustimmt, um ihre finanzielle Beteiligung an den Kosten für Pflegeheime und Spitex zu begrenzen. Beides sind Bereiche, die insbesondere aus demografischen Gründen wachsen.

Die Verlagerung der Finanzierung von der Steuer auf die Krankenkassenprämien ist ein Vorgang, der Personen und Familien mit geringem Einkommen benachteiligt! Aus diesem Grund ist diese KVG-Revision abzulehnen, sie macht das KVG zu einer noch weniger sozialen Versicherung.

Tabelle A der Kostenbeteiligungen der Versicherten in der Schweiz nach Kanton:

Kostenbeteiligung bei der Pflege in Pflegeheimen[2]	
Patient:innenbeteiligung	Kanton
CHF 0	-
CHF 8	GE
CHF 10.80	• ZG (die Patientenbeteiligung bei Personen mit geringerem Pflegebedarf ist niedriger) • VD
CHF 21.60	• AG, Al, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ und TG (für Personen, die sich in einer tiefen Pflegestufe befinden, ist die Patient:innenbeteiligung geringer). • UR und ZH
Beteiligung der Patientinnen und Patienten nach Einkommen oder Vermögen	TI und VS

Kostenbeteiligung bei der Pflege Zuhause (Spitex) [3]	
Patient:innenbeteiligung	Kantone
CHF 0	FR, JU[4], NE, TI, VD, VS
CHF 8	1. Al, BL[5], BS, (Bei Personen mit weniger als einer Stunde Pflegeaufwand ist die Patient:innenbeteiligung geringer) • AR, GE, GR, SZ, ZH
CHF 15.95	• AG, LU, SG et TG (pour les personnes dont la durée de soins est inférieure à une heure, la participation du patient est moins élevée). • NW, OW, SH, SO, UR
10% de la cotisation à la caisse maladie jusqu'à un maximum de CHF 15.95.	•
Beteiligung der Patientinnen und Patienten nach Einkommen oder Vermögen	BE
Variiert je nach Gemeinde	GL

Tabelle B: Anteil der Kantone/Gemeinden an den Restkosten für die Pflege

[2] Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage unter den Kantonen
[3] Tabelle INFRAS. Quelle: Umfrage unter den Kantonen
[4] Im Jahr 2017 hat der Kanton JU eine Patient:innenbeteiligung von CHF 5/Tag eingeführt.
[5] Gemäss der Verordnung über die Finanzierung der Pflege (SGS 362.14) wird der Eigenanteil des Patienten an die Kosten des ambulanten Sektors in Viertelstunden aufgeteilt.

	Ausgaben OKP Pflege	Restfinanzierung Kanton und Gemeinden	Beteiligung des Kantons
ZH	409’139’562	492’108’504	55%
GE	175’291’088	210’441’285	55%
ZG	27’215’565	27’089’169	50%
OW	9’792’439	9’344’548	49%
AI	4’226’385	3’953’013	48%
LU	131’458’700	118’359’512	47%
NW	12’007’656	10’668’397	47%
UR	11’015’278	9’717’417	47%
AR	17’322’476	14’984’821	46%
TG	70’174’878	53’903’967	43%
SH	27’185’854	20’639’553	43%
CH	**2’839’589’297**	**2’132’720’283**	**43%**
BL	82’562’448	59’079’977	42%
GR	59’853’180	41’754’750	41%
BS	89’086’220	61’400’704	41%
SG	133’050’299	91’014’872	41%
BE	442’124’490	301’219’553	41%
FR	95’817’104	59’679’284	38%
SO	81’624’985	50’318’913	38%
VS	108’014’952	66’491’475	38%
SZ	38’002’948	23’330’278	38%
AG	163’314’856	99’800’879	38%
GL	12’175’634	6’601’020	35%
VD	327’743’699	175’015’719	35%
NE	89’213’968	45’024’497	34%
JU	36’522’516	16’961’976	32%
TI	185’652’121	63’816’201	26% [6]

6. Warum ist unsere öffentliche Gesundheitsversorgung in Gefahr?

Die Revision des KVG (EFAS) ermöglicht es den Krankenkassen, sich in der gemeinsamen Einrichtung des KVG zu organisieren, einer Einrichtung, die die von den Kantonen bezahlten, rund 13 Milliarden und die rund 38 Milliarden aus unseren Prämien verwalten kann. Diese Institution existiert bereits im KVG, hat aber nicht die Rolle einer „Registrierkasse“ für die kantonale Beteiligung. Die Krankenkassen haben die Aufgabe, die im Katalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung enthaltenen Pflegeleistungen zu finanzieren; Tarife auszuhandeln, um die Leistungen zu vergüten, und unsere Prämien zu berechnen und dann zu kassieren. Die Krankenkassen haben jedoch nicht den Auftrag, die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung zu ermitteln, die Organisation der

[6] Bericht über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, Bericht des Bundesamtes für Gesundheit vom 5. Januar 2022 in Ergänzung zum Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern vom 30. November 2020 (aktualisierte Version des Berichts vom 29. Oktober 2021)

Gesundheitsversorgung zu steuern, Ziele der öffentlichen Gesundheit festzulegen und noch weniger, Prävention zu betreiben. Dies sind Verantwortlichkeiten, die den Kantonen und dem Bund obliegen.

In den kommenden Jahren dürften die demografische Alterung und die steigende bzw. stark steigende Zahl von Demenzfällen im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik stehen, einer Politik, die von öffentlichen, demokratischen und transparenten Stellen koordiniert werden muss, die Zugang zu den notwendigen Informationen haben müssen. Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung liegt in der Verantwortung der Kantone und des Bundes. Diese gesellschaftlichen Fragen werden erhebliche finanzielle Investitionen erfordern, die nicht auf unbestimmte Zeit auf die Prämien abgewälzt werden können. Um diese Prämienexplosion zu verhindern, werden die Versicherer keine andere Wahl haben, als bei den Ausgaben für die Pflege zu sparen, insbesondere bei der am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppe, die auf Langzeitpflege in Pflegeheimen und zu Hause angewiesen ist.

Schliesslich überträgt EFAS den Versicherern die Verwaltung der öffentlichen Gelder, sowie de facto die Steuerung der Langzeitpflege. Die Krankenkassen befinden sich jedoch in einem ständigen Interessenkonflikt, da sie neben der obligatorischen Grundversicherung auch Zusatzversicherungspolicen verkaufen.

Diese Revision erlaubt den Kantonen, sich noch mehr aus ihrer Verantwortung zurückzuziehen, wenn es um die Versorgung der schwächsten Personen geht.

7. Warum wird die KVG-Revision EFAS die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals verschlechtern?

Im Gegensatz zu gewinnorientierten privaten Einrichtungen müssen, die von den Kantonen finanzierten, öffentlichen Krankenhäuser, Pflegeheime und Spitex-Organisationen alle Menschen ohne Diskriminierung aufnehmen. Heute wird häufig festgestellt, dass die Finanzierung die tatsächlichen Betreuungskosten nicht deckt, z. B. wenn das Patientengut aus komplexen Fällen besteht, die eine umfangreiche Pflege erfordern. Da die Personalkosten der grösste Kostenfaktor sind, geraten bei gekürzten oder eingefrorenen Budgets die Personalausstattung (die Anzahl der Beschäftigten), die Löhne und die Arbeitsbedingungen unter Druck. Diese Finanzierungslücke wird mit EFAS nicht mehr von den Kantonen ausgeglichen, da deren Beteiligung im Gesetz strikt auf 26,9 % festgelegt wird. Es wird nicht mehr möglich sein, durch die politische Debatte in den Kantonen zusätzliche Beträge zu erhalten, um eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten und gute Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal zu gewährleisten.

Der EFAS-Finanzierungsmodus mit einem einheitlichen Verteilungsschlüssel wird zu einer Nivellierung der Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals nach unten führen, da die Versicherer die Gesundheitseinrichtungen nicht unterschiedlich finanzieren werden, indem sie die unterschiedlichen Lohnniveaus in den Regionen oder die Existenz von Regelungen

wie kantonalen Gesetzen oder Gesamtarbeitsverträgen berücksichtigen. Die EFAS-Befürworter kündigen eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen an, verschweigen aber, dass diese Kostendämpfung auf dem Rücken des Gesundheitspersonals ausgetragen werden soll.

8. Warum verschlechtert sich die Qualität der Pflege mit EFAS?

Wenn die Krankenversicherungsprämien steigen, nimmt der Kostendruck im Gesundheitswesen zu. Die Personalausgaben - der grösste Kostenfaktor in den Gesundheitseinrichtungen - stehen unter Druck. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führt zu Personalmangel und zu weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten, sowie für die Bewohnerinnen und Bewohner. Arbeitsbedingungen und Pflegequalität sind zwei Seiten derselben Medaille. Noch gravierender ist die Situation in den Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege: Wie soll eine qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden, wenn es keine kantonale Garantie mehr gibt, die alle Kosten deckt?

Weniger Personal bedeutet weniger Pflege. Weniger Finanzierung bedeutet immer weniger qualifiziertes Personal. Eine Abwärtsspirale.

9. Warum werden die Prämien mit EFAS steigen?

EFAS legt den kantonalen Anteil an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben auf 26,9% fest. Diese Zahl bedeutet, dass die Kantone ihre steuerfinanzierten Gesundheitsausgaben blockieren können.

Im Bereich der Pflegeheime und der häuslichen Pflege werden die Kantone nicht mehr die Verantwortung tragen, die sie derzeit haben: Sie müssen auf die eine oder andere Weise die Restrechnung decken, die aufgrund mehrerer Faktoren (u. a. demografische Alterung, Zunahme der Demenzfälle) steigen dürfte. Es ist bereits bekannt, dass die Ausgaben für Pflegeheime und häusliche Pflege steigen müssen, um eine qualitativ hochwertige und ausreichende Versorgung der älteren Menschen zu gewährleisten. Wenn die Kantone diese nicht ausreichend finanzieren, werden die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler zur Kasse gebeten.

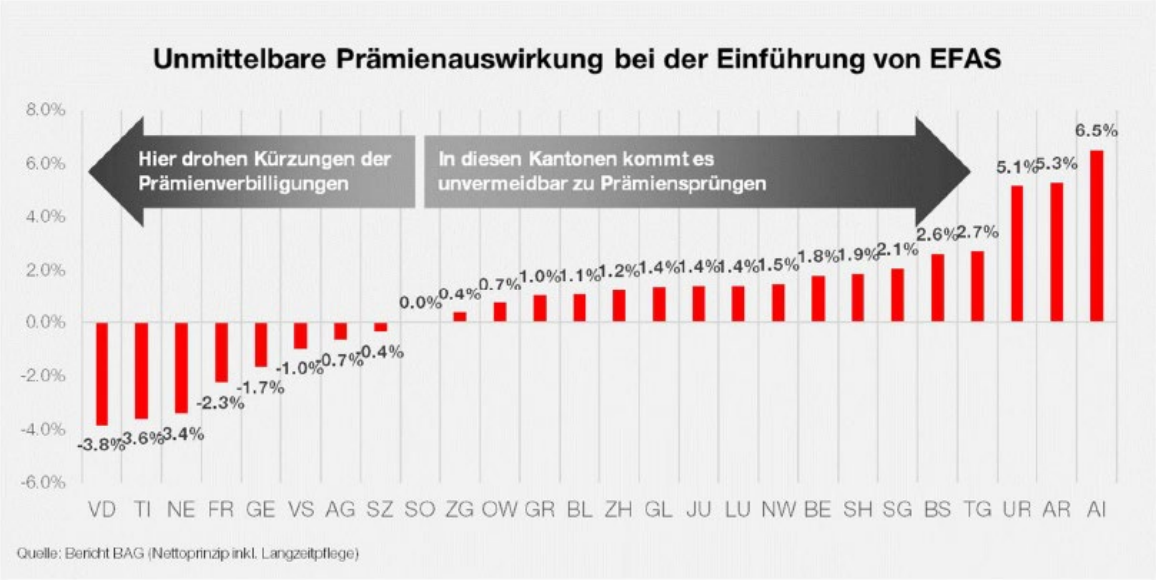
Santésuisse, einer der Dachverbände der Versicherer, gab im Dezember 2023 vor der Abstimmung im Parlament eine Zahl bekannt: Mit der Integration der Versorgung in das KVG fällt der kostensenkende Effekt von EFAS weg. Im Szenario «hohes Wachstum der KVG-versicherten Versorgung» wird die Integration der KVG-versicherten Versorgung die Prämienzahler im Jahr 2035 zusätzlich 4,9 Milliarden Franken und im Jahr 2040 sogar 9,6 Milliarden Franken kosten.

Der von den Befürworter:innen angeführte Spareffekt lässt sich durch die Beteiligung der Kantone an der Finanzierung der ambulanten Versorgung erklären, ein Effekt, der es ermöglichen sollte, den Prämienanstieg zu steuern. Bekanntlich sind Prognosen über die Höhe der Prämien über einen längeren Zeitraum hinweg unzuverlässig. Wenn das für Gesundheit zuständige Departement - das Bundesamt für Gesundheit - heute nicht einmal

in der Lage ist, das Prämienniveau im Jahr 2026 anzukündigen, wie können wir uns dann auf Prognosen über die Prämien in zehn Jahren in einem vollständig reformierten System verlassen? Trotz dieser Ungewissheit lenkt der auf nationaler Ebene beschlossene Verteilungsschlüssel das Pendel klar in diese Richtung: Die Krankenkassen werden einen wachsenden Anteil der Ausgaben für die Pflege in Pflegeheimen und zu Hause erstatten müssen; die finanzielle Belastung für unsere Prämien steigt damit automatisch. Ein Anstieg, der über die direkte Kostenbeteiligung auch auf die Leistungsempfänger abgewälzt wird: Weniger Steuerfinanzierung, mehr Finanzierung über die Prämien und über Direktzahlungen. Eine unsoziale und gefährliche Revision.

Die Kantone haben im Parlament interveniert, um ihren Anteil an der Finanzierung von Spitälern und der Pflege älterer Menschen zu reduzieren. In einem Interview mit der Tribune de Genève vom 10. September stellt die Direktorin von SantéSuisse fest, dass „sieben Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes [EFAS] die Kassen auch die Langzeitpflege zu drei Vierteln finanzieren müssen - jene in den Pflegeheimen und die Pflege zu Hause. Dies bereitet uns Sorgen, da die Kostendynamik in diesen Bereichen extrem ist. Ausserdem ist geplant, die Tarife zu überprüfen, was sie weiter erhöhen könnte."

Mit EFAS werden in 17 Kantonen die Prämien bei der Umsetzung des neuen Finanzierungsschlüssels steigen:



10. Warum muss diese Revision von den Frauen abgelehnt werden?

Die Revision des KVG, EFAS, die den Versicherern mehr Macht gibt, ebnet den Weg für eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in einem Sektor, in dem besonders viele Frauen arbeiten. Ein Sektor, in dem die Löhne historisch niedrig sind, selbst für die am besten qualifizierten Frauen.

Im Jahr 2023 veröffentlichte HES Suisse, der Dachverband der Hochschulabsolventinnen und -absolventen, eine Studie über die Löhne von Fachkräften mit einem Studium auf

Fachhochschulniveau. Die Studie ermöglicht es, eine Rangliste der Medianlöhne nach Branchen zu erstellen[7].

Lohn nach Branche (Median*, pro Jahr, in Franken)	
Architektur, Ingenieurwesen:	94'900
Forschung, Entwicklung, Wissenschaft:	98'000
Finanz- und Versicherungswesen:	120'000
Gesundheit und Sozialwesen:	88'889
Industrie, Produktion:	107'705
Informatik:	115'000
Kultur, Kunst, Unterhaltung:	69'271
Öffentliche Verwaltung:	116'250
Pharma, Chemie:	116'278
Treuhand, Consulting:	109'083

Die Gesundheitsbranche bildet das Schlusslicht. Dieser Vergleich verdeutlicht die geringere Wertschätzung von typischen Frauenberufen und -berufen, insbesondere im Bereich der Pflege anderer Menschen. Während das Ausbildungsniveau gleich hoch ist, liegt der Medianlohn für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen um 26 % niedriger als im Finanz- und Versicherungswesen, den beiden am besten bezahlten Branchen! In Löhnen ausgedrückt beläuft sich dieser Unterschied auf 31'111 Franken pro Jahr oder 1,25 Millionen Franken über ein ganzes Berufsleben. Zu dieser Lohndifferenz kommen noch die Schwere der Arbeit rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr sowie die mentale Belastung hinzu, die für Berufe in der Pflege anderer Menschen charakteristisch ist.

Das Gesundheitspersonal und der VPOD kämpfen dafür, dass ihre Berufe mehr Wertschätzung erhalten. Wir müssen die Revision des KVG, EFAS, ablehnen, da sie eine Nivellierung der Arbeitsbedingungen nach unten bewirken wird. Denn die Krankenkassen werden die Finanzierung des Gesundheitssystems in der Hand haben. Heute sind die Arbeits-, Lohn- und Rentenbedingungen in öffentlichen oder halböffentlichen Einrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime und Spitex) am günstigsten, während der gewinnorientierte Privatsektor seine Ärzte sehr gut und das Gesundheitspersonal viel schlechter entlohnt. Die Revision wird den gewinnorientierten Privatsektor begünstigen. Indem die Revision die Finanzierung der Kantone im öffentlichen Sektor reduziert, verringert sie auch die Fähigkeit der Kantone, einzugreifen und die Arbeitgeber zu verpflichten, Arbeits- und Lohnbedingungen zu gewährleisten, die mindestens gleichwertig mit den kantonalen Regelungen und Gesetzen sind.

Die Revision des KVG, EFAS, ist ein weiterer Schritt zur Privatisierung der Gesundheitsversorgung und zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals, das mehrheitlich aus Frauen besteht. Obwohl die öffentlichen Körperschaften keine vorbildlichen Arbeitgeber sind, vor allem aufgrund der seit 30 Jahren verfolgten Sparpolitik, gibt es dennoch bessere Arbeitsbedingungen, insbesondere in

[7] [1] HESSUISSE, Pressemitteilung vom 17. Mai 2023, FH-Studiengänge lohnen sich. Link zur Studie https://www.fhlohn.ch/fr

Bezug auf Vaterschafts-/Mutterschafts-/Still-/Elternurlaub, Zeitausgleich für Nachtarbeit oder auch Rentenansprüche.

Desinvestitionen der öffentlichen Hand trifft Frauen besonders

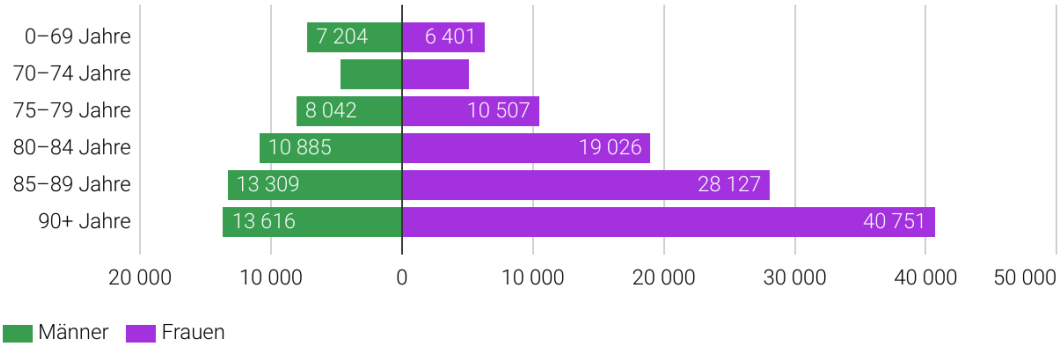
Mit EFAS entledigt sich der öffentliche Dienst der Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeheime und der häuslichen Pflege. Die Desinvestition eines Sektors, der ältere, meist pflegebedürftige Menschen pflegt und betreut, bedeutet, sich einmal mehr auf die Frauen zu verlassen, die unentgeltlich einen immensen Teil der Pflegearbeit für die Angehörigen übernehmen, oft unter Gefährdung ihrer eigenen Gesundheit. Wenn die öffentlichen Dienste versagen, sind es überwiegend Frauen, die die Arbeit übernehmen. Dies gilt insbesondere für Ehefrauen, die ihre Ehepartner zu Hause pflegen, ohne dass dies in den meisten Fällen als Arbeit pflegender Angehöriger angesehen wird. Frauen hingegen nehmen häufiger als Männer häusliche Pflege in Anspruch, nämlich zu 22 % bzw. 15 %, und vor allem stellen sie 72 % der Bewohner von Pflegeheimen über 80 Jahre.

Bewohnerinnen von Pflegeheimen und Empfängerinnen von häuslicher Pflege werden den höchsten Preis zahlen

Indem man die Pflegeheime und die häusliche Pflege den Versicherern, ihrer Rentabilitätslogik und ihren ständigen Interessenkonflikten zwischen Grundversicherung und ihren lukrativen Zusatzversicherungen überlässt, gefährdet man die Lebensbedingungen der älteren Menschen, die in Pflegeheimen und zu Hause betreut werden. Wie die Erfahrungen in Frankreich, insbesondere die Untersuchung des Unternehmens ORPEA, zeigen, setzt die Übertragung des Gesundheitssektors, insbesondere der Altenpflege, an den gewinnorientierten Privatsektor die Bewohner und damit die älteren Frauen im besten Fall einer schlechteren Pflege und Betreuung, im schlimmsten Fall einer institutionellen Misshandlung aus.

Klientinnen und Klienten in Alters- und Pflegeheimen, 2022

Anzahl nach Altersklasse

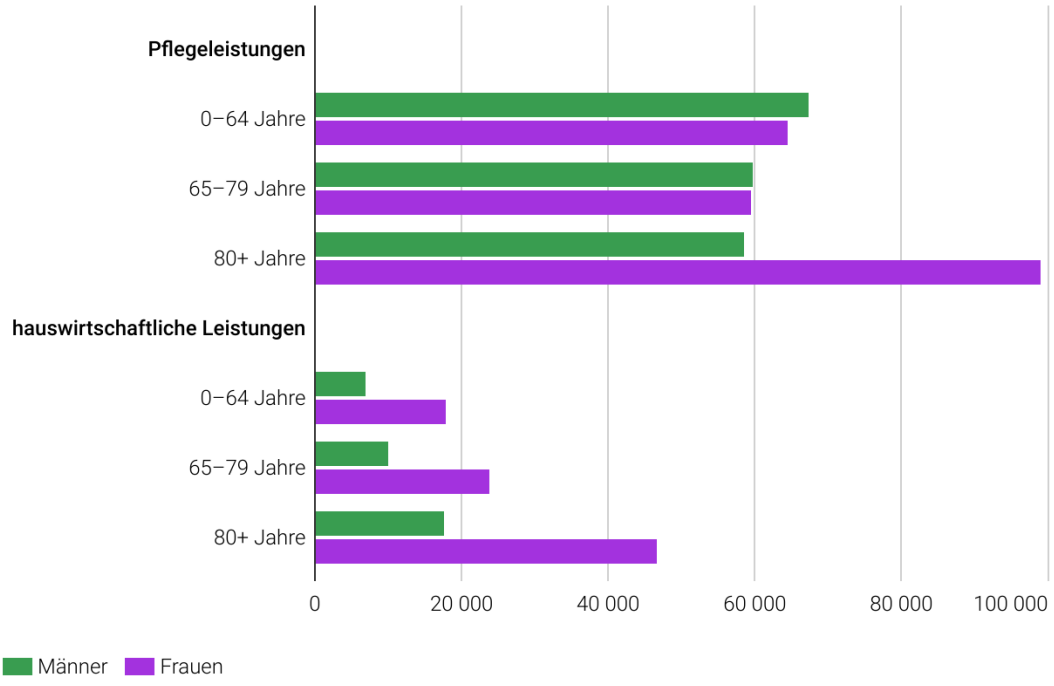


Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED)

© BFS 2023

Von Spitex-Diensten betreute Fälle, 2022

Anzahl nach Art der Leistung und Alter



Quelle: BFS – Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause (SPITEX)

© BFS 2023

Glossar

Stationäre Behandlung: Jede Behandlung, bei der der/die Patient/in über Nacht im Krankenhaus/in der Klinik/im Geburtshaus bleiben muss.

Ambulante Pflege: Jede Behandlung in einer Praxis, einem Krankenhaus oder einem Labor (Röntgenaufnahmen, Untersuchungen, Impfungen, kleine chirurgische Eingriffe usw.).

Langzeitpflege: Die Langzeitpflege umfasst die Pflegeleistungen, die von Pflegeheimen, der Spitex und selbstständigen Gesundheitsfachleuten erbracht werden.

Integrierte Versorgung: Das wichtigste Projekt der Versicherer in der Schweiz ist es, in geschlossenen Netzen die gesamte Gesundheitsversorgung zu steuern.

EFAS: Akronym für „Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen".